ITEM 357 : LESION PERI-ARTICULAIRE DE L'EPAULE

LUXATION GLENO-HUMERALE

Luxation gléno-humérale = perte de contact entre la tête humérale et la glène scapulaire
- Luxation antérieure (> 95% des cas), postérieure (rare), inférieure ou supérieure (exceptionnelle)
- Touche surtout les adultes jeunes ou âgés (chez l'enfant : fracture pour le même traumatisme), prédominance masculine

LUXATION ANTERIEURE

- **Lésions capsulo-ligamentaires antérieures** = **déchirures antérieures** : capsules et ligaments gléno-huméraux
- **Labrum glénoïdien** : lésion antéro-inférieure
- **Décollement capsulo-périosté** possible : décollement de la capsule, qui arrache le périoste en avant de la scapula

Mécanisme lésionnel
- **Traumatisme indirect** (le plus fréquent) : chute sur la paume de la main ou sur le coude, membre supérieur en **abduction**, **rotation externe** et **rétropulsion**
- **Traumatisme direct** (exceptionnel) : choc direct au niveau postéro-externe du moignon de l'épaule

C
- **Douleur intense de l'épaule** avec impotence fonctionnelle totale
- Déformation : - Face : - Attitude des traumatisés du MS
  - Attitude vicieuse en **abduction-rotation externe**
  - **Signe de l'épaulette** : saillie de l'acromion
  - Profil : **élargissement antéro-postérieur de l'épaule**
  - **Coup de hache externe**
  - **Comblement du sillon delto-pectoral**
- Palpation : - **Vacuité de la glène**
  - **Vide sous-acromial antérieur**
  - **Palpation de la tête sous le processus coracoïde**
  - **Douleurs électives à la palpation du sillon delto-pectoral**
- Mobilisation : - Irréductibilité de l'abduction-rotation externe = **signe de Berger** (pathognomonique)
  - Recherche d'une mobilité de la tête humérale lors des mouvements de rotation externe imprimés au coude : élimine une **fracture non engrenée du col chirurgical de l'humérus**

Lésions associées

Osseuse

Fracture de glène
= **Eculement du bord antéro-inférieur de la glène** (rarement fracture-séparation)
- En cas d'instabilité chronique : traitement chirurgical

Fracture humérale
- **Encoche de Malgaigne** = **lésion de Hill-Sachs** au niveau du bord postérieur de la tête humérale : 2ndr à l'impaction contre le bord antéro-inférieur de la glène
- **Fracture du trochiter** (tubercule majeur) chez le sujet âgé : avulsion des tendons de la coiffe des rotateurs → **réduite** dans la majorité des cas par la réduction de la luxation, mais possible source d'**irréductibilité** si incarcérée dans la glène
- **Fracture de la tête humérale** chez le sujet âgé : généralement fracture-luxation du col chirurgical, risque élevé de nécrose aseptique de la tête humérale

Nerveuse
- **Lésion du nerf circonflexe** (10%) = **neurapraxie** le plus souvent (évolution favorable en < 3 mois) : anesthésie de la face externe du moignon de l'épaule, perte de contraction **isométrique** du deltoïde
- **Lésion du nerf supra-scapulaire** ou du **nerf musculo-cutanée** (plus rarement)
- **Lésion du plexus brachial** en cas de luxation intra-coracoïdienne

Vasculaire
= **Lésions des vaisseaux axillaires** : exceptionnelle, plus fréquent si luxations intra-coracoïdiennes
- **Pouls périphériques abolis, hématome axillaire expansif**
- Urgence = **réduction immédiate** ± **artériographie** sur la table opératoire

Musculo-tendineuse
- **Rupture de la coiffe des rotateurs** : chez le sujet plus âgé > 45 ans (rupture dans 50% des cas si sujet > 50 ans), diagnostic le plus souvent tardif à la levée de l'immobilisation
- **Rupture ou luxation du tendon du long biceps** : irréductibilité de la luxation

Rx
= En urgence : **cliché de face stricte** et de **profil de la scapula** (**de Lamy**) ou **axillaire**
- Diagnostic positif : - De face : - Vacuité de la glène, disparition de l'interligne articulaire
  - Diaphyse humérale en abduction, se projetant dans l'axe de la coracoïde
  - De profil : projection de la tête humérale en avant de la glène
- Topographie : - **Luxation extra-coracoïdienne** : en dehors de la coracoïde (subluxation intra-capsulaire)
  - **Luxation sous-coracoïdienne** (la plus fréquente)
  - **Luxation intra-coracoïdienne** : en dedans de la coracoïde → **lésions vasculo-nerveuses** ++
  - Autres (exceptionnelles) : **luxation sous-claviculaire, luxation thoracique**

Luxation ancienne ou invétérée
= Rare, apparition **en 3 semaines** → toute manœuvre externe de réduction est impossible
- Terrain particulier : sujet âgé grabataire, polytraumatisé, patient SDF

Evolution
- Favorable dans 95% des cas après immobilisation et rééducation
- Complication tardive : - **Instabilité antérieure** avec **luxation récidivante** : **75%** de récidive **si < 18 ans**
  - Raideur : **épaule pseudo-paralytique** (rupture de coiffe) ou **capsulite rétractile**

LUXATION ANTERIEURE	TTT	**Réduction**	**= Manœuvre externe douce et progressive** de **traction axiale**, **rotation externe** et **abduction** : en urgence, sous antalgie, après contrôle radiographique éliminant une fracture humérale - **Manœuvre de Milch** : bras placé progressivement en rotation externe et abduction à 150°, tête humérale repoussée d'une main puis bras ramené en rotation interne, coude au corps - **Manœuvre de Kocher** chez un patient détendu et peu algique (plus douloureuse) : bras placé en adduction, puis rotation externe, ± Sous AG au bloc sous contrôle scopique si patient de grand gabarit, luxation intra-coracoïdienne, patient âgé ostéoporotique ou réduction douloureuse - Examen neuro-vasculaire et contrôle radiologique post-réductionnel systématique
		Immobili-sation	= **Bandage coude au corps** type **Dujarrier** ou **Mayo-Clinic**, coude fléchi à 90° et main surélevée - Durée : - **3 à 6 semaines** si 1er épisode : plutôt 6 semaines si < 30 ans et 3 semaines > 30 ans - Quelques jours à but antalgique si luxation récidivante
		TTT chirurgical	**= Réduction à ciel ouvert** : si luxation gléno-humérale irréductible ou fracture-luxation
		Mesures associées	- **Antalgique simple, certificat médical initial, arrêt de travail**, **reprise sportive** > 2 mois - Surveillance : **Rx** post-réductionnel et à 21 jours - **Rééducation** débutée dès l'ablation de l'immobilisation, limitée en rotation externe pendant 3 semaines, passive puis active : mobilisation, renforcement des rotateurs externes
LUXATION RECIDIVANTE	= Luxation récidivante : de plus en plus fréquemment et pour des traumatismes de moins en moins important		
	Lésions entretenant et majorant le mécanisme		- **Déchirure du labrum glénoïdien** - **Encoche de Malgaigne** - **Atteinte de la coiffe des rotateurs** - **Décollement de la capsule articulaire de Broca** - **Emoussement antéro-inférieur de la glène**
	SF		- Terrain : patient jeune (< 30 ans), antécédents de luxation antérieure de l'épaule - Mouvement luxant, importance du traumatisme luxant, handicap fonctionnel
	SC		- **Tiroir antérieur** : recherche d'une laxité antéro-postérieure anormale, patient assis ou en léger procubitus - **Manœuvre d'appréhension** (caractéristique) : la mise en abduction et rotation externe du bras rappelle au patient le mécanisme luxant, qui met fin à la manœuvre - **Test du sillon** : apparition d'une dépression sous-acromiale bilatérale au tirage du bras, patient assis = hyper-laxité constitutionnelle dans toutes les directions (facteur aggravant)
	PC		**- Rx** : encoche postérieure humérale, émoussement du bord antérieur de la glène **- Arthroscanner** et/ou **IRM** : lésion de la coiffe des rotateurs, décollement antérieur de la capsule de Broca
	TTT chirurgical		- **Intervention de Latarjet** (si éculement de la glène) : **butée osseuse coracoïdienne** (vissage en regard de la partie antéro-inférieur de la glène de l'apophyse coracoïde avec ses insertions musculaires) - **Intervention de Bankart** : **fermeture de la chambre de décollement antérieure** par **réinsertion du labrum glénoïdal** et **capsulo-myorraphie** ➙ Choix de la technique selon le **score ISIS** (selon âge, niveau de sport, laxité de l'épaule et lésions)
LUXATION POSTERIEURE	= Positionnement de la tête humérale en arrière de la glène : beaucoup plus rare, souvent méconnue - Forme **sous-acromiale** = subluxation postérieure (majorité) ou **sous-épineuse** = luxation postéro-interne (plus rare)		
	Mécanisme lésionnel		- **Flexion**, **adduction** et **rotation interne** : **crises convulsives, électrocution** (souvent bilatérale) - **Choc direct violent antéro-postérieur** : AVP, sport de contact
	C		- Attitude du traumatisé du membre supérieur avec attitude vicieuse en **rétropulsion-adduction-rotation interne** - Proéminence du processus coracoïde**,** tête humérale peu déplacée, disparition du vide sous-acromial postérieur - **Attitude irréductible du bras en rotation interne** - **Perte de la rotation externe passive et active** = pathognomonique
	PC		**- Rx** = incidence de profil de la scapula ou incidence de profil de Bloom-Obata : diagnostic positif, lésions associées **- TDM** (bilan des lésions associées) : enfoncement antéro-interne de la tête humérale = **encoche de MacLaughlin**)
	TTT		- **Réduction en urgence** (± AG au bloc opératoire) douce et progressive par traction dans l'axe et rotation externe - **Immobilisation coude au corps** x 3 semaines, kinésithérapie et rééducation - **TDM de l'épaule** en 2nd temps : évaluation de la surface de l'encoche de MacLaughlin ➙ **TTT chirurgical si > 25%**
Autre	**Luxation inférieure**		= Rare (< 1%) : traumatisme violent en **abduction forcée** - **Luxation sous-glénoïdienne** : bord supérieur du col accroche le bord inférieur de la glène - **Luxation *erecta*** : tête humérale glisse le long du bord axillaire de la scapula ➙ risque maximal de lésion du plexus brachial et des vaisseaux axillaires - Diagnostic : attitude irréductible **en abduction excessive** ➙ réduction en urgence au bloc
	Luxation supérieure		= Exceptionnelle, systématiquement associée à une **fracture de la voute acromio-claviculaire**

PATHOLOGIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

= Rupture d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs : **supra-épineux**, **infra-épineux**, **sub-scapulaire** et **petit rond**
- Très fréquente chez l'adulte > 40 ans, généralement sur des tendons présentant des lésions dégénératives
- **Rupture du chef long du biceps** souvent associée

Diagnostic

SF

- Recherche d'un éventuel mécanisme lésionnel (notamment chez le sujet jeune) : **chute, mouvement contrarié**…
- **Douleur** à la partir antérieure du moignon de l'épaule, irradiant vers le coude : permanente, à recrudescence nocturne, insomniante, majorée à l'effort et à l'élévation du bras
- **Sensation de craquement** et d'**accrochage douloureux**
- Généralement sans impotence fonctionnelle (possible en cas de rupture brutale chez le sujet jeune)

SC

- Inspection : - **Amyotrophie de la fosse supra- et infra-épineuse**
  - **Asymétrie/déformation du moignon de l'épaule**
  - **Décollement des scapula** (déficit du muscle dentelé antérieur)
- **Mobilités actives** et **passives** de l'épaule : flexion, abduction, élévation antéro-latérale, en rotation externe (**RE1** = coude au corps (infra-épineux), **RE2** = à 90° d'abduction (petit rond) et **RE3** = à 90° d'élévation antérieure)
→ L'association d'une mobilité active limitée à une mobilité passive complète évoque une atteinte de la coiffe

Recherche d'une souffrance de la coiffe des rotateurs

= Signes de **conflit sous-acromial** : douleur lors des manoeuvres
- **Point douloureux pré-acromial**
- **Manœuvre de Neer** : à l'élévation et rotation interne du MS
- **Manœuvre de Yocum** : à l'élévation du coude, main posée sur l'épaule controlatérale
- **Manœuvre de Hawkins** : à la rotation interne de l'épaule, bras du patient élevé à 90°

Recherche d'une rupture d'un tendon de la coiffe

- Douleur lors de la manœuvre : **tendinite** seulement, non synonyme de rupture
- Incapacité ou baisse de force lors des manœuvres : **rupture**

Supra-épineux	- **Manœuvre de Jobe** : patient dos au mur (bloque les scapula), examinateur, s'opposant à l'abduction des bras tendus en rotation interne à 30° d'antépulsion
Infra-épineux et petit rond	- **Manœuvre de Patte** : soutien du coude à 90° d'élévation, rotation externe (lever la main) contre pesanteur et opposition - **Signe du clairon** : le patient voulant lever la main réalise une abduction du bras - **Signe du portillon** : bras maintenu en rotation externe, coude au corps → revient spontanément sur le ventre au lâcher
Sous-scapulaire	- ***Lift of*** **test de Gerber** : le patient, main dans le dos, doit décoller sa main du dos par un mouvement de rotation interne - ***Press belly*** **test** (si incapacité à placer la main dans le dos) : demander au patient d'écraser son ventre avec sa main et d'avancer son coude
Chef long du biceps	- ***Palm-up*** **test de Gilcresst** : bras tendu, paume vers le haut, le patient lève son bras contre opposition de l'examinateur → douleur le long du trajet tendineux, voire apparition d'une boule à la face antérieure du bras (**signe de Popeye**)

PC

Rx

= De **face en rotation neutre**, **interne** et **externe + profil de Lamy**
- Pincement sous-acromial < 7 mm par amincissement de la coiffe
- Calcifications sous-acromiales
- Remaniement à type de densification du trochiter et de la face inférieure de l'acromion
- Acromion pourvoyeur de conflit sous-acromial : acromion crochu

- Arthroscanner ou **IRM** en cas d'échec du traitement médical, rapidement si sujet < 50 ans ou suspicion de lésion traumatique : siège de l'atteinte, étendue de la lésion (rupture partielle, superficielle ou profonde, ou rupture complète), degré de rétraction tendineuse et de dégénérescence graisseuse du muscle

TTT

Traitement médical

- Symptomatique : **repos**, **antalgiques, AINS, physiothérapie**
- **Infiltration intra-articulaire** et/ou **sous-acromiale de dérivés corticoïdes** en 2nd intention
- **Kinésithérapie prolongée** et **indolore** : mobilisation, **recentrage dynamique** de la tête humérale par **renforcement des muscles abaisseurs** (**grand pectoral**, **grand dorsal** et **grand rond**)

Traitement chirurgical

Acromioplastie : sous arthroscopie
- Préalable à toute réparation chirurgicale d'un tendon de la coiffe
- Seule à visée antalgique devant des douleurs persistantes malgré une rééducation bien menée

Réparation de la coiffe : **suture, réinsertion trans-osseuse** ou **lambeau musculaire**
- Suivie d'une immobilisation pendant 4-6 semaines et d'une rééducation longue

→ Indication si : sujet < 60 ans, demandeur d'une récupération fonctionnelle, rupture partielle, traitement précoce possible, faible rétraction tendineuse et infiltration graisseuse des muscles